Zur Ätiologie und Therapie

der

Inguinal-Bubonen.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 3. März 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Max Robinson

aus Nürnberg.

OPPONENTEN:

Hr. Dr. med. Andereya.
- Dr. med. Gerber.
- Cand. med. Hammerschlag.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstrasse 158.

Seinen lieben teuren Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0245

Obgleich die Bubonen eine schon im Altertum gekannte Krankheit, obschon einem Hippokrates sowie anderen griechischen und römischen Ärzten der Zusammenhang von Leistendrüsengeschwülsten mit Geschwüren an den Genitalien und Ausflüssen aus denselben bekannt war, obschon endlich die Bubonenfrage vom Mittelalter an eine wissenschaftlich viel umstrittene und viel bearbeitete wurde und es bis auf den heutigen Tag geblieben ist, so müssen wir sie doch als eine bis jetzt nicht vollkommen gelöste betrachten. Wegen der im 16. Jahrhundert bereits herrschenden Streitfrage, ob es primäre idiopathische Bubonen gäbe, wird noch heute viel geschrieben und viel gestritten; die Uneinigkeit der Ärzte vor 400 Jahren, ob die Therapie sich auf Zerteilung der Bubonen richten sollte oder auf Beförderung des Eiterungsprocesses und ob im letzteren Falle das Messer oder Kauterien vorzuziehen seien, oder aber ob man den spontanen Durchbruch der Eitermassen abwarten solle, sie konnte bis heute noch nicht völlig beseitigt werden. Allerdings müssen wir zugeben, dass es nicht immer auf Rechnung der bisher noch nicht gründlich gelösten Frage der Bubonentherapie zu setzen ist, wenn so mancher Bubo gründlich falsch behandelt wird. Mancher Patient verdankt eine wochenlange Verzögerung der Heilung seines Bubo seinem messerscheuen Arzte; umgekehrt — und das ist wohl in der Mehrzahl der Fall — will der Patient sich um keinen Preis operieren lassen und steht so selbst einer schnelleren Heilung im Wege; andererseits giebt es aber doch genug Fälle, welche länger in Behandlung bleiben, da an ihnen ein „neues Mittel“ versucht wird, welches den Bubo coupieren, welches ihn heilen soll, ohne dass es zur Eite-

rung kommt, deren man zu jeder Zeit, besonders aber in dem Laufe der letzten Jahre eine Unmenge „erfunden“ und versucht, aber alle nach längerer oder kürzerer Zeit wieder stillschweigend bei Seite gelegt hat.

Was die Frage nach der Ätiologie und dem Wesen der Bubonen anlangt, so ist dieselbe, trotz der so reichen Litteratur, in den letzten Jahren statt klarer, in mancher Hinsicht noch unklarer geworden, indem alte Fragen ungelöst blieben und neue Fragen, beispielsweise bakteriologischer Natur, welche man früher nicht kannte, hinzukamen, die aber der Lösung durch die so schnell fortgeschrittene chemische und bakteriologische Forschung bisher kräftig Widerstand leisteten.

Diese Zeilen sollen nun eine Übersicht geben über die Entwickelung der Bubonenfrage und über den heutigen Stand derselben. Um ex ovo zu beginnen, so wollen wir bemerken, dass der Name „Bubo“ schon vor Hippokrates in Gebrauch war für Lymphdrüsentumoren in der Leistengegend, welcher Art sie auch sein mochten. Das Wort stammt aus dem Griechischen, indem „*βουβών*“ die Leistengegend und die Drüsen in derselben bezeichnet. Schon die Erklärung der Entstehung des Namens war eine verschiedene. Um zu zeigen, wie weit man ging, um etwas Neues gefunden zu haben, wollen wir die lächerliche Erklärung eines gelehrten Mannes wiedergeben, welche von Grünfeld angeführt wird, nach welcher das Wort Bubo aus der Silbe „*βων*“, was in Zusammensetzungen „ungeheuer“ bedeutet, und „*βοῦς*“, der Ochse, entstanden ist.

Galen führt die Bezeichnung Bubo für Geschwülste der verschiedensten Lymphdrüsen ein, und heute bezeichnet man mit diesem Namen die hauptsächlich bei venerischen und syphilitischen Affektionen auftretenden Drüsenschwellungen, speciell die der Leistengegend.

Bevor wir uns den pathologischen Verhältnissen zuwenden, dürfte es jedoch ganz zweckmässig sein, die normale Anatomie der Lymphgefässe und der Lymphdrüsen der Geschlechtsteile und der Inguinalgegend, sowie der unteren Gliedmassen, soweit sie in Betracht kommen, zu erörtern, da sie für die Beurteilung gewisser pathologischer Vorgänge, besonders für die Weiterbeförderung von Krankheitserregern von ihrer Invasions-

stelle an den Genitalien nach den Leistendrüsen hin, sowie für die Erklärung mancher Thatsachen, dass z. B. ein linksseitiger Schanker einen rechtsseitigen Bubo erzeugen kann, von Wichtigkeit ist.

Während die Anatomie der Leistendrüsen lange bekannt ist, sind die genaueren Kenntnisse der Lymphgefässe der Genitalien erst neueren Datums. In erster Linie ist es Sappey, dessen fruchtbaren Untersuchungen wir die Kenntnisse der feineren Verhältnisse des Verlaufes der Lymphgefässe in der genannten Gegend verdanken; sodann sind noch v. Patruban, Pick, Auspitz, v. Zeissl und Horowitz, und endlich Poirier zu nennen, die sich um die Erforschung dieser Frage verdient gemacht haben; der letzgenannte speciell um den Bau und Verlauf der Lymphgefässe der weiblichen Geschlechtsteile.

Diese Forscher bedienten sich verschiedener komplicierter Injektionsmethoden, um die feinen Lymphgefässe für ihre Untersuchungen sichtbar zu machen, deren Schilderung wir jedoch übergehen wollen.

Dass die Mitteilungen der verschiedenen Autoren nicht bis in die Details übereinstimmen, wird uns nicht besonders Wunder nehmen, da, wie an allen Körperteilen bei verschiedenen Individuen, so auch hier die mannigfachsten anatomischen Varietäten vorkommen. Der Hauptsache nach stimmen die Resultate jedoch überein und sind folgende:

Beginnen wir zunächst mit den Lymphgefässen der männlichen Geschlechtsteile, so finden wir hier eine dreifache Schicht von Lymphgefässen, nämlich eine ganz oberflächliche Hautschicht, eine oberflächliche und eine tiefe Schicht. Über die Hautschicht, ein feines, zartes Netzwerk mit sehr kurzen Stämmchen, welche, wie der Name sagt, im Hautgewebe selbst verläuft, ist bei der geringen Bedeutung derselben nichts Besonderes zu erwähnen. Die zweite Schicht verläuft auf der Tunica albuginea, also subkutan. Hier haben wir zunächst ein kleines, gewissermassen isoliertes Lymphgefässsystem, welches sich etwa einen halben Centimeter hinter dem Sulcus coronarius findet und beginnend an der einen Seite des Frenulum cirkulär um den Penis bis zur anderen Seite desselben verläuft; dieses steht mit einem

kapillären Netze des Eichelrandes in Verbindung und gehört offenbar physiologisch zur Eichel.

Das Frenulum selbst, sowie seine nächste Umgebung besitzt ein sehr feines Netz von Lymphstämmchen; diese sammeln sich beiderseits des Frenulums zu je einem kleinen Lymphstamm, welcher nun jeder an der entsprechenden Seite zum Dorsum penis verläuft bis fast in die Mitte, wo beide dann rechtwinklig umbiegen und entweder zu einem gemeinsamen Stamme vereinigt, oder aber auch getrennt, in der Mitte des Penis zum Mons veneris hinziehen. Von hier geht nun entweder jedes Gefäss zur Leistenbeuge der entsprechenden Seite, oder aber, das vereinigte Gefäss zieht nach rechts oder nach links, um sich in den entsprechenden Lymphknoten einzusenken; bemerkenswert ist, dass sich das vorher am Dorsum penis vereinigte Lymphgefäss auch am Mons veneris wieder in zwei Stämmchen teilen kann, welche nun wieder nach rechts und links zu der zugehörigen Lymphdrüse ziehen. Endlich lassen sich noch in dieser Schicht kleine Stämmchen füllen durch Injektionen in die Raphe des Penis, die man höher und tiefer macht. Diese Stämmchen umschlingen gleichfalls von unten nach oben den Penis und ziehen, wie die vorhin erwähnten beiden Lymphstämme lateral von diesen, also die ersteren gleichsam einschliessend, ebenfalls zum Mons veneris, und zwar können sich hierbei benachbarte Stämmchen zu einem grösseren Stamme vereinigen, ohne dass dieses Regel wäre. Am Mons veneris können sich diese seitlichen Gefässe dann entweder in eines der mittleren resp. in das vereinigte mittlere Lymphgefäss einsenken, oder isolirt ihren Weg zu den Leistenknoten der entsprechenden Seiten nehmen.

Die dritte Schicht der Lymphgefässe besteht aus einem einzigen Gefässe. Dieses tiefe Lymphgefäss wurde von anderen Anatomen ausser von v. Zeissl und Horowitz und v. Patruban nicht dargestellt und auch nicht erwähnt. Es ist der Grund hierfür vielleicht in der Schwierigkeit der Injektion zu suchen, denn auch v. Zeissl und Horowitz gelang es nur 2 Mal unter an 35 Leichen gemachten Versuchen, das tiefe Lymphgefäss darzustellen. In beiden Fällen entsprang dasselbe aus zwei divergenten Ästen, die sich dann vereinigten, um in der

Mitte des Gliedes vom Sulcus coronarius begonnen bis zur Symphyse zu ziehen. Hier teilte sich in dem einen Falle das Lymphgefäss in zwei Äste, welche beide nach links verliefen: der tiefer gelegene Ast mündete in den später zu erwähnenden Lymphknoten, in welchen sich die Lymphgefässe des Hodens einsenken, der obere Ast dagegen zog unter dem Lig. Poupartii hinweg nach oben und senkte sich in einen Beckenlymphknoten ein. An der zweiten Leiche ergoss sich von dem ebenfalls in zwei Äste gespaltenen Stamme der eine in einen kleinen, unter dem Lig. suspensorium penis gelegenen Lymphknoten. Der zweite zog zu einer Drüse der linken Inguinalgegend.

Die Hodenlymphgefässe endlich bilden ein weitmaschiges Netz, welches sich im ganzen Hodensack verbreitet; aus diesem gehen sodann Stämmchen hervor, welche grosse Neigung zu Anastomosen zeigen und welche, ohne einen regelmässigen Verlauf zu haben, nach rechts und links zu der zugehörigen Leistendrüse ziehen.

Was die Leistendrüsen anlangt, so ist zunächst zu bemerken, dass ihre Zahl eine sehr variierende ist, doch finden wir fast immer eine bestimmte Anzahl von Drüsengruppen, nämlich vier. Sie liegen in der Fascia superficialis parallel dem Lig. Poupartii; diesem am nächsten liegen diejenigen Knoten, welche die Lymphgefässe des Penis, der Bauchhaut unter dem Nabel, der Aussenseite des Oberschenkels und des Gesässes aufnehmen, und zwar sind dieses 2 Drüsengruppen, von denen in die mehr medial gelegene und meist nur in der Einzahl vorhandene die Gefässe des Penis sich ergiessen, während die mehr lateral gelegene, oftmals durch zwei, ja durch drei Exemplare repräsentirte Drüsengruppe die Lymphgefässe der Bauchhaut, des Gesässes und der Aussenseite des Oberschenkels aufnimmt.

Unterhalb und lateral gelegen von der für die Penisgefässe bestimmten Gruppe liegt diejenige Drüse, welche die Gefässe des Hodens aufnimmt; diese ist immer nur in der Einzahl vorhanden. Die vierte Drüsengruppe endlich liegt noch weiter unten und lateral, besteht meist aus mehreren Drüsen, oder aber

aus einer grossen; sie ist bestimmt für diejenigen Lymphgefässe, welche von der Innenseite des Oberschenkels und vom Unterschenkel aufsteigen. Mannigfache Varietäten dieser Verhältnisse kommen allerdings sehr häufig vor, dass z. B. die Lymphgefässe des Penis nicht zu dem eigentlich für sie bestimmten Knoten gehen, sondern zu dem für die Scrotalgefässe bestimmten etc. etc.

Zu bemerken ist noch, dass zwischen dem Penislymphknoten und den lateral gelegenen Lymphknoten für die Lymphgefässe der Bauchhaut, des Gesässes, Anastomosen gewöhnlich bestehen, zwischen den anderen Drüsen nicht.

Eine tiefe Schicht von Leistendrüsen, die von einigen Autoren beschrieben wird, giebt es nicht. Die einzige tief gelegene Drüse, die allerdings auch erkranken kann, ist die in der Fovea ovalis gelegene Rosenmüllersche Drüse.

Nach diesen Betrachtungen der anatomischen Verhältnisse der Lymphgefässe der männlichen Geschlechtsteile und der Leistendrüsen können wir die der weiblichen Genitalien sehr kurz abmachen, denn wir begegnen hier ganz den männlichen Genitallymphgefässen analoge Lymphstämme. Wir finden hier Lymphgefässe, die ausgehen

1. von der Clitoris,
2. von den kleinen Schamlippen,
3. von den grossen Schamlippen,
4. von der Vagina und dem Uterus.

Die von der Clitoris ausgehenden Lymphstämmchen entsprechen durchaus jenen beiden vorhin bei den männlichen Genitalien beschriebenen Stämmchen, welche beiderseits des Frenulums entspringen, um sodann am Dorsum penis zum Mons veneris zu verlaufen. Es sind dies auch beim Weibe zwei Lymphstämmchen, die aus dem Lymphnetz der Clitoris entspringen und zu der am meisten medial und oben gelegenen Leistendrüse münden.

Mit den übrigen von der Raphe des Penis aus injicierten Lymphstämmchen kann man die der kleinen Schamlippen des Weibes vergleichen; diese ziehen zu derselben Drüse hin, wie die zuerst erwähnten beiden

Stämmchen. Bei beiden finden sich die gleichen Varietäten in Bezug auf Vereinigung mehrerer Stämmchen zu einem gemeinsamen Stamm oder auf Anastomosen, wie bei den entsprechenden Lymphgefässen der männlichen Genitalien.

Die Lymphgefässe, welche aus dem Lymphnetz der grossen Schamlippen entspringen, entsprechen wiederum denen des Hodensackes, indem sie zu der entsprechenden Leistendrüse hinziehen.

Ein dem männlichen tiefen kongruentes weibliches Lymphgefäss kennen wir nicht. Zu erwähnen ist noch, dass auch die Vagina, sowie der Uterus ein höchst verzweigtes Lymphgefässnetz besitzt, welches sich jedoch nur zum Teil in die Drüsen der Leistenbeuge, zum Teil aber in die Drüsen der Beckenhöhle ergiesst.

Die Verhältnisse der übrigen Lymphdrüsengruppen der Leistenbeuge des Weibes sind ganz analog denen des Mannes.

Aus den besprochenen anatomischen Verhältnissen haben wir nun zunächst den Weg kennen gelernt, den im allgemeinen die Krankheitserreger von ihren entsprechenden Angriffsstellen zu den Leistendrüsen hin nehmen, ferner aber folgende wichtige Erklärungen:

Zunächst warum ein linksseitiger Schanker einen rechtsseitigen Bubo erzeugen kann, was wir uns daraus erklären müssen, dass die Lymphgefässe der erkrankten Seite, ohne ein Ästchen an die erkrankte Seite abzugeben, an den Penis hinaufsteigen, sich in den Lymphstamm der andern (gesunden) Seite einsenken und zu der Lymphdrüse dieser Seite hinziehen können.

Ebenso wird uns klar werden, dass aus einem auf einer Seite des Penis befindlichen Schanker ein doppelseitiger Bubo entstehen kann, denn wie wir sahen, vereinigen sich zuweilen die Lymphstämmchen am Dorsum penis oder Clitoridis, ziehen vereinigt zum Mons veneris und trennen sich wieder in Ästchen für beide Leistenbeugen, sodass also Krankheitserreger, welche z. B. an der rechten Seite des Penis eindrangen, in den vereinigten Lymphstamm fortgeführt, nach Teilung desselben, sowohl nach den Leistendrüsen der rechten, wie der linken Seite verschleppt werden können.

Bei der Beschreibung des tiefen Lymphgefässes

beim männlichen Genital endlich sehen wir, dass ein Stämmchen unter dem Lig. Poupartii hindurch zu einem im Becken gelegenen Lymphknoten zog und das liefert uns den Beweis, dass die von den Genitalien aus fortgeführten Krankheitserreger nicht absolut ihren ersten Halt in den Leistenknoten finden müssen.

Gehen wir nun zur Betrachtung der pathologischen Veränderungen der Drüsen bei Buboerkrankung über, so haben wir hier die Drüse als solche, die in derselben befindliche Lymphe, die Drüsenkapsel und das periglanduläre Bindegewebe, aber auch die bedeckende Haut zu betrachten, indem alle diese Teile an der Erkrankung beteiligt sein können. Gelangen nun auf dem Wege der Lymphbahnen Krankheitsstoffe zu den Drüsen und werden hier resorbiert, so ist die erste Folge selbstverständlich eine Volumenszunahme der Drüse. Wie sich die weitere Veränderung gestaltet, ist abhängig von der Eigenschaft der eingewanderten Krankheitserreger und kann nach v. Ziemssen und nach Grünfeld folgende verschiedenartige Eigentümlichkeiten aufweisen:

Der resorbierte Krankheitsstoff führt eine schnelle, starke Vermehrung der Lymphflüssigkeit herbei, es wird eine bedeutende Menge junger Zellen, Eiterkörperchen gebildet; diese Vermehrung der flüssigen Elemente dehnt die Lymphräume und mit ihnen natürlich die ganze Drüse selbst, die Drüsensubstanz ad maximum aus. Diese Zerrung hat eine Entzündung der Drüsensubstanz zur Folge. Hat die resorbierte Flüssigkeit stark irritierende Eigenschaft, so wird diese Entzündung stürmisch auftreten, und wir haben es dann mit einer „Adenitis acuta“ zu thun.

Sind in der irritierenden Flüssigkeit Elemente, welche zugleich den Zerfall schnell befördern, so wird die Irritation des Drüsenkörpers die eitrige Schmelzung desselben zur Folge haben, und wir sprechen dann von einer „Adenitis suppurans“.

Andere Krankheitsstoffe wirken entgegengesetzt weniger irritierend, enthalten dafür aber Substanzen, welche sehr organisationsfähig sind. Gelangen derartige Krankheitsstoffe zur Resorption, so wird die Zunahme der Lymphflüssigkeit eine geringe sein, die Drüsenkapsel wird keine besondere Zerrung erleiden, folglich werden

die Entzündungserscheinungen sehr gering sein; dafür wird aber eine Vermehrung des die Lymphräume umgebenden Gewebes, eine Volumenszunahme der Drüse stattfinden, die jedoch nicht die Neigung zur Vereiterung zeigt. Dieses ist die „Adenitis hyperplastica".

Gewissermassen eine Variante der ebenerwähnten Art stellt die Scleradenitis oder Adenosclerose dar, selbstredend nur im pathologisch-anatomischen Sinne, indem es sich auch hier um eine Hyperplasie meistenteils ohne nennenswerte Entzündungserscheinungen handelt, die sich jedoch durch bedeutende Resistenz auszeichnet, welche hervorgerufen wird durch ein resorbiertes Infiltrat, welches den Drüsenkörper gleichmässig durchsetzt.

Wie wir sehen, ist bei der Adenitis acuta die Vermehrung der Lymphflüssigkeit, die Entzündung und die grosse Tendenz zur eitrigen Einschmelzung das vorwiegende, während die Ad. hyperplastica die Volumenszunahme des Drüsengewebes, ohne besondere Entzündungserscheinungen, ohne Neigung zur Eiterung darstellt. Allein wir müssen nun bemerken, dass auch diese reine Hyperplasie der Drüsen, welche uns übrigens die Adenitis chronica repräsentiert, nach einer mehr oder weniger langen Dauer des Bestehens ebenfalls zum eiterigen Zerfall führen kann, allerdings handelt es sich hier dann meistens nur um eine partielle, meistenteils die Peripherie der Drüse oder Drüsen betreffende Vereiterung, die sich aber auch darin von der Suppuration bei Ad. acuta unterscheidet, dass dieselbe nicht durch den Charakter des resorbierten Stoffes bedingt, sondern durch mechanische Einwirkung hervorgerufen ist.

Betrachteten wir bisher nur die in der Drüse enthaltene Lymphe und die umgebende Drüsensubstanz, so müssen wir uns nun der bindegewebigen, mit glatten Muskelfasern durchsetzten Hülle der Drüse, der Drüsenkapsel zuwenden, indem dieselbe in den meisten Fällen an der Erkrankung beteiligt ist. Sie erfährt ziemlich dieselben Veränderungen, wie die Drüsensubstanz, nur in einem späteren Stadium wie erstere. Die Volumenszunahme der Drüsenmasse spannt auch die Drüsenkapsel, je nach dem Grade derselben wird also auch die Drüsenkapsel eine Verdünnung und Entzündung erleiden. Geht im Innern der Drüse eine Vereiterung vor sich, kann

auch die Drüsenkapsel angegriffen und mit zerstört werden, jedoch ist zu bemerken, dass sie bei ihrer derben Consistenz einen grossen Widerstand leistet und erst ziemlich spät vernichtet wird.

Das periglanduläre Gewebe endlich kann vollkommen intakt bleiben, kann aber auch von der Erkrankung mitbetroffen werden, was bei allen Formen der Drüsenerkrankung stattfinden kann. In diesem Falle werden die vorher beweglichen Drüsen fest in ihrer Umgebung angelötet.

Wenden wir uns nun der Ätiologie der Bubonen zu, so leuchten uns hier die Namen zweier Forscher entgegen, denen wir die erste bedeutende Lüftung des herrschenden Dunkels verdanken: John Hunter und Ricord. Ihnen verdanken wir in erster Linie die genaueren ätiologischen Kenntnisse der Bubonen. Um diese nun in ihrer Verschiedenheit zu betrachten, hat man dieselben nach verschiedenen Gesichtspunkten hin eingeteilt. Richtiger würde man sagen, einzuteilen versucht; denn wie wir sehen werden, haben alle Einteilungen etwas Fehlerhaftes oder Unzutreffendes an sich; die grosse Zahl und Verschiedenheit derselben liefert uns hierfür schon den Beweis. Man hat akute und chronische, syphilitische und nicht syphilitische, virulente und einfache nicht virulente, entzündliche und indolente, symptomatische und idiopathische Bubonen unterschieden, und mit diesen verschiedenen Einteilungen und Namen nichts erreicht.

Bei der Verschiedenheit der Erscheinungen dürfte es eben schwer fallen, eine ganz ausreichende Einteilung zu finden. Wir würden zur Betrachtung der Bubonen folgende Einteilung wählen:

I. Primäre, idiopathische Bubonen.

II. Sekundäre, heteropathische Bubonen in Folge von
   1. Gonorrhoe,
   2. von lokaler syphilitischer Sclerose,
   3. virulentem weichen Schanker,
   4. allgemeinen, mit dyskrasischen Zuständen verbundenen Krankheiten, welche Erkrankungen der Drüsen im Gefolge haben:

Scrophulose,
Tuberculose,
Leukämie,

5. Lokalerkrankungen, die mehr oder weniger nahe den Leistendrüsen ihren Sitz haben.

Wenn ich diese Einteilung für die folgende Besprechung wählte, so geschah dies nicht etwa darum, weil ich dieselbe für ganz vollständig, sondern weil ich sie für diesen Zweck, wo es sich um eine Betrachtung sämtlicher Bubonenarten handelt, am geeignetsten hielt. Auch diese Einteilung hat einen wunden Punkt; wenn auch im allgemeinen ein Bubo mit gewissen, seiner Ätiologie charakteristischen Erscheinungen und Symptomen verläuft, so ist dieses doch durchaus nicht Regel und es ist durchaus nichts Seltenes, dass z. B. ein Bubo ex Gonorrhoea den akuten, zur Suppuration führenden Verlauf des Bubo ex ulcere zeigt, kurz dass ein Bubo seinem Verlauf und Erscheinungen nach nicht seiner Ätiologie entspricht.

Eine der allerältesten und am meisten umstrittenen Fragen in der Lehre der Bubonen ist gewiss die nach der Existenz der primären, idiopathischen Bubonen, welche wir nun zunächst in Gemeinschaft mit dem Bubon d'emblée abhandeln wollen. Von vielen Autoren wird der primäre, idiopathische Bubo für identisch mit dem Bubon d'emblée gehalten, aber fälschlich; den Grund für diese Verwechselung haben wir, wie wir sehen werden, in den verschiedenen Erklärungen der beiden Ausdrücke zu suchen. Ich glaube, dass gerade dadurch viele Missverständnisse zu Stande kommen. Was haben wir zunächst unter einem primären, idiopathischen Bubo zu verstehen? Wir haben darunter eine jede mit einer Vergrösserung der Inguinaldrüsen einhergehende Affektion zu verstehen, welche der erste Ausdruck der Erkrankung ist; das heisst eine Erkrankung, welche zuerst in den Drüsen auftritt, ohne vorher z. B. an den Genitalien oder einem den Drüsen näher oder entfernter gelegenen Orte irgend welche Erscheinungen gemacht zu haben. Eine causa nocens darf aber sehr wohl vorhanden sein, sie muss nur, wie gesagt, die Drüsen selbst treffen.

Eine ganz andere Bedeutung hat der Bubon d'em-

blée. Ein Bubon d'emblée ist eine Erkrankung der Drüsen ohne Primäraffect, welche jedoch venerischer Natur sein muss, das heisst, sie muss in Form eines virulenten Schankerbubo oder eines indolenten Bubo mit nachfolgender allgemeiner Syphilis auftreten. Wie wir sehen, sind diese beiden Arten von Bubonen sehr verschieden.

Die Existenz eines primären, idiopathischen Bubo in dem vorher geschilderten Sinne wird wohl kaum Jemand anzweifeln wollen.

Wir sehen nach direkten Insulten gegen die Leistengegend gar nicht so selten Bubonen auftreten, so kann Stoss gegen die genannte Gegend zweifellos einen Bubo erzeugen, ebenso Druck z. B. durch ein schlecht sitzendes Bruchband kann die Veranlassung dazu werden. Hierhin gehören auch die Fälle, wo Bubonen durch Überanstrengung hervorgerufen werden. Billroth giebt 2 Fälle an, in welchen Heben schwerer Lasten sofort starken Schmerz in der Inguinalgegend und darauffolgendem Bubo herbeigeführt hat. Es ist allerdings wohl kein Zweifel, dass als Ursache für manchen Bubo ein Stoss oder eine Überanstrengung angegeben wird, während dieselbe thatsächlich in einem ganz anderen Grunde zu suchen ist.

Auch nach anstrengenden Märschen wurde das Auftreten von Bubonen beobachtet; leichte, rasch vorübergehende Schwellungen der Leistendrüsen nach derartigen Anstrengungen gehören durchaus nicht zu den Seltenheiten. Nach Ziemssen kann man sich diese Vorgänge so erklären, „dass in solchen Fällen durch die gesteigerte Muskelthätigkeit gebildete reizende Produkte auf dem Wege der Lymphbahnen den Drüsen zugeführt werden, welche die Entzündung hervorrufen“. Diese primären, idiopathischen Bubonen pflegen einen akuten Verlauf zu haben, jedoch für gewöhnlich, zumal bei geeigneter Behandlung, absoluter Ruhe, erweichenden Kataplasmen, sich zurückzubilden, ohne in Eiterung überzugehen. Kommt es doch zur Eiterung, so ist die schnelle Heilung nach Entleerung des Eiters charakteristisch. Es kommen jedoch auch Fälle vor, wo diese primären Bubonen einen chronischen Verlauf nehmen. Hier finden wir dann eine reine Hyperplasie der Drüsen,

welche hauptsächlich auf einer Verdickung des Reticulums beruht. Sie pflegt nach längerer oder kürzerer Zeit zurückzugehen; es wurden jedoch auch Fälle beobachtet, wo sich „aus diesen scheinbaren geringfügigen Anschwellungen eine progressive Lymphombildung entwickelte".

In demselben Grade, wie ich die primären idiopathischen Bubonen anerkenne, glaube ich die Existenz des Bubon d'emblée leugnen zu müssen. Diejenigen, welche die Existenz des Bubon d'emblée anerkennen — und es stehen bedeutende Autoritäten wie Vidal de Cassis, Hunter, Reynaud, Baumês, Howlett u. a. auf diesem Standpunkt — nehmen den Vorgang der Erkrankung auf diese Weise an, dass bei einem unreinen Beischlafe das Krankheitsgift nicht auf dem Wege einer Verletzung, sondern durch Resorption der intakten Haut zu den Lymphgefässen und von dort zu den dazugehörigen Lymphdrüsen fortgeleitet wurde.

Vidal de Cassis sagt: „Der Bubo kann durch die physiologische Absorption des venerischen Giftes entstehen, d. h. ohne dass Schanker, Tripper oder eine andere Hautverletzung vorhergingen. Das Gift vermag die äusserste Hautdecke zu durchdringen, ohne sie zu verletzen. Die Lymphäste des grossen Gefässnetzes, welches den ganzen Körper umkleidet, nehmen das Gift auf und führen es zuweilen weiter bis in die Ganglien, ohne selbst vorher in Reaktion zu treten".

Die Zahl der Fälle, wo Bubonen ohne nachweisbare Ursache entstehen, ist, wie wir auch aus der später aufgeführten Statistik sehen werden, allerdings eine verhältnismässig sehr hohe. Aber diese Fälle lassen sich doch alle mit grösserer Wahrscheinlichkeit unter eine andere Rubrik von Bubonen bringen als unter die „Bubon d'emblée".

Bedenken wir, wie häufig es vorkommt, dass ein kleines Ulcus an den Genitalien, besonders bei Weibern, unbemerkt entsteht und unbemerkt verschwindet, vergessen wir nicht, dass so mancher Pat. das voraufgegangene Ulcus fest leugnet, obschon es vorhanden war, und dass uns die Narbe eines minimalen Geschwürs sehr leicht entgehen kann, so wird uns die Zuhülfenahme eines Bubon d'emblée überflüssig sein. Giebt es Autori-

täten, welche den Bubon d'emblée anerkennen, so giebt es auch solche, welche ihn verneinen, z. B. Ricord, Diday, Rollet u. a. Ricord sagt sehr richtig: „Wenn die einfache Berührung, der Absatz des venerischen Eiters auf die unverletzte Haut genügte, um Bubonen hervorzurufen, ohne vorher andere Zufälle zu erzeugen, so würde der Bubon d'emblée, die seltenste Art, selbst nach Ausspruch derer, welche an einen solchen glauben, die allerhäufigste sein, denn die Fälle, wo man mit kontagiösen Teilen in Berührung kommt, ohne sich aufzureissen, sind zuverlässig die häufigsten. Sieht man denn je anderswo als in dem Verlaufe der Lymphgefässe, welche direkt aus diesen Ulcerationen auslaufen, Bubonen auftreten?“

Vidal und mit ihm diejenigen, welche einen Bubon d'emblée zugeben, überschätzten denn doch wohl die Durchlässigkeit der Hautdecke, und es ist eine kühne Folgerung mancher Autoren, dass, so gut Quecksilber bei einer Inunktionskur dem Körper einverleibt wird, ohne eine Verletzung zu machen, auch ein auf den Genitalien abgelagerter Krankheitsstoff resorbiert werden kann, ohne die Haut auch nur im geringsten zu afficieren. Wie gründlich muss die graue Salbe verrieben werden, um ein Eindringen des Quecksilber zu ermöglichen und wie nutzlos wäre ein blosses Bestreichen der Haut mit derselben Salbe!

Nach allen diesen Momenten glaube ich, wie schon erwähnt, die Existenz eines Bubon d'emblée in Abrede stellen zu müssen.

Die heteropathischen Bubonen können wir wiederum in zwei grössere Abteilungen teilen, nämlich in solche, welche venerischen Ursprungs sind, also in Folge von Gonorrhoe, syphilitischen Primäraffents, Ulcus molle entstanden sind und solche, welche nicht auf venerischer Basis beruhen, sondern der Ausdruck von dyskrasischen Krankheiten sind, welche mit Erkrankung der Drüsen einhergehen oder die Folge anderer Lokalerkrankungen, welche näher oder entfernter von den Leistendrüsen ihren Sitz haben, aber mit diesen durch die Lymphgefässe in Beziehung stehen.

Der Tripper giebt nicht häufig Anlass zu Bubonen. Eine leichte Reizung der Lymphgefässe des Penis und

der Leistendrüsen beobachtet man wohl nicht so ganz selten, diese pflegt aber meistenteils sehr bald zu verschwinden. Trotzdem können wir alle Formen der Adenitiden bei Tripper finden. Die häufigste bei Tripper vorkommende Form von Bubonen ist diejenige, welche wir als Adenitis acuta beschrieben haben, ohne dass sie für gewöhnlich zur Eiterung disponierte. Die Drüsen sind dann schmerzhaft, stark geschwollen, meist nicht frei verschiebbar, d. h. das periglanduläre Bindegewebe ist beteiligt, es handelt sich um ein Oedem desselben, welches die oft starke Vergrösserung bedingt. Sodann findet sich eine Form, die mehr den chronischen Charakter an sich trägt, also ohne besondere Schmerzhaftigkeit einhergeht und eine reine Hyperplasie darstellt. Selten allerdings, aber doch zu beobachten ist endlich der Vorgang, dass bei einem in Folge einer Gonorrhoe entstandenen Bubo, wo das periglanduläre Gewebe in Mitleidenschaft gezogen ist, es zu einer eitrigen Schmelzung kommt. Alle Formen des Bubo ex Gonorrhoea, selbst die zur Vereiterung kommen, pflegen einen gutartigen schnellen Verlauf zu nehmen.

Die Erkrankung betrifft meistens nur eine Drüsengruppe einer Seite, und zwar in erster Linie diejenige, welche die Lymphgefässe direkt von dem Penis her bezieht. Zu der Annahme, dass die Gonococcen die Veranlassung der in Folge eines Trippers auftretenden Vereiterung eines Bubo seien, wie dieses vielfach dargestellt wird, liegt keine Berechtigung vor, denn es gelang noch nicht, den Gonococcus im Buboneneiter nachzuweisen.

Hoffa teilt über seine diesbezüglichen bakteriologischen Versuche mit, dass alle fehlgeschlagen seien. Dagegen gelang es ihm, aus zwei bei florider Gonorrhoe auftretenden Bubonen, wo er im Trippersekrete reichlich Gonococcen vorfand, den Staphylococcus aureus und albus zu züchten.

Eines der allerwichtigsten Symptome der syphilitischen Infektion, man darf wohl sagen das wichtigste, ist die Scleradenitis. Die Erkrankung der Leistendrüsen nach syphilitischer Infektion an den Genitalien, wie dies doch fast immer der Fall ist, ist sozusagen Regel. Fournier teilt mit, dass er sie unter 488 Fällen (265 Männer, 223 Weiber) nur 6 Mal nicht fand (und

zwar bei 3 Männern und bei 3 Weibern). Was den Zeitpunkt der Erkrankung anbetrifft, so schliesst sich diese fast unmittelbar nach 7—8 Tagen dem Auftreten des Primäraffektes, also in den meisten Fällen der Sclerose an, d. h. also ungefähr 3—6 Wochen nach der Infektion. Meist pflegt man von der Infektionsstelle aus bis zu der Drüsenerkrankung hin den Weg, den das Gift eingeschlagen hat, nachweisen zu können, indem das betreffende Lymphgefäss, welche es fortgeführt hat, dann zu einem harten, dünnen, sehr wohl durchzufühlenden Strang angeschwollen ist. Die Erkrankung betrifft zunächst nur eine Drüse, sehr bald aber schwellen alle Drüsen der betreffenden Gruppe, und dann alle Drüsen der Seite; oftmals sind die sämtlichen Drüsen beider Seiten in Mitleidenschaft gezogen. Die Drüsenschwellung erreicht keine besondere Grösse und variiert zwischen Bohnen- bis Wallnussgrösse, natürlich, ohne dass mit diesen beiden Bestimmungen unüberschreitbare Grenzen gestellt wären. Die Schwellung betrifft nur die Drüsenkörper und nicht das perilganduläre Bindegewebe, woraus resultiert, dass die erkrankten Drüsen gegen die Haut frei verschieblich bleiben.

Histologisch stellt diese Drüsenschwellung eine Hyperplasie der zelligen Elemente dar. Nach Rindfleisch ist diese chronische Induration der Drüsen„ nicht sowohl durch eine Verhärtung und Vergrösserung des Retikulums, sondern durch eine sehr gleichmässige, wenn auch keineswegs üppige Produktion junger Zellen in allen Teilen der Drüse“ bedingt.

Charakteristisch für diesen Process ist ferner, dass die betreffenden Individuen durch diese Drüsenerkrankung nicht belästigt werden, dass die geschwollenen Drüsen selbst auf Druck meist nicht schmerzhaft sind, weswegen diese Art der Bubonen auch als „indolente Bubonen“ bezeichnet sind. Der Ausgang der Erkrankung pflegt in Rückbildung zu bestehen durch fettige Metamorphose und durch Resorption. Sie geht sehr langsam vor sich. Verkäsung und Verkalkung der erkrankten Drüsen kommen auch vor.

Sehr selten kommt es vor, dass die Scleradenitis, von leicht entzündlichen Erscheinungen begleitet, zur Eiterung führt; doch hat diese Vereiterung nichts direkt

mit der Erkrankung zu thun und ist meist die Folge ganz unzweckmässigen Verhaltens, oft hervorgerufen durch vieles Gehen, Reiten, etc. etc.

An dieser Stelle muss auch der Bubo strumosus erwähnt werden; dieser ist eine Abart des syphilitischen Bubo, welche bei Personen, die an Scrophulosis oder Tuberculosis leiden, vorkommt und sich durch die Beteiligung des die Drüsenpakete umgebenden Bindegewebes an der chronisch entzündlichen Infiltration charakterisiert; dieses bedingt die oft enorme Grösse solcher Bubonen, deren Rückbildung oft sehr langwierig entweder durch Resorption oder durch serös-eitrige Erweichung des beteiligten Bindegewebes vor sich geht.

Ein grosser Streit herrscht über die Frage, ob die Leistendrüsenerkrankung nach syphilitischer Primäraffektion schon Ausdruck der Allgemeininfektion sei oder nicht. Wir können uns hier auf diesen Punkt nicht weiter einlassen, wollen aber bemerken, dass aus Anlass dieses Streites von manchen Autoren zwei Arten von Drüsenerkrankungen nach Syphilis angenommen werden, nämlich:

1. diejenige, welche als direkte Folge der Primäraffektion aufzufassen ist;
2. diejenige, welche in Folge der allgemeinen Blutveränderung auftritt und eine Folge der Dyskrasie ist.

Die Hauptursache für die akute Adenitis haben wir in dem weichen Schanker zu suchen, der Bubonen von so charakteristischer Form macht wie kein anderes Primärleiden. Die Erkrankung der Leistendrüsen nach weichem Schanker ist allerdings bei weitem nicht so häufig wie bei syphilitischer Infektion, kommt aber in einer sehr grossen Procentzahl vor.

Wenn ich die von verschiedenen Autoren angegebene Procentzahl hier nicht wiedergebe, so geschieht dies aus dem Grunde, weil erstens die Zahlen sehr verschieden sind, was uns allerdings nicht sonderlich wundern kann, zweitens aber, weil ich glaube, dass man diesen Zahlen nicht zu grossen Wert beilegen kann, indem dieselben Statistiken aus Spitälern entnommen sind, wobei wir bedenken müssen, dass die Ursache, welche die betreffenden Patienten zur Aufnahme ins Krankenhaus trieb, in der Mehrzahl der Fälle nicht das Ulcus

molle, sondern schon der Bubo war, den sie in Folge ihres unzweckmässigen Verhaltens, indem sie ruhig mit dem Ulcus weiterarbeiteten und sich nicht schonten, acquirierten. Dass ein solches Verhalten die Entstehung eines Bubo sehr begünstigt, ist keine Frage, obschon wir sehen werden, dass es falsch wäre, daraus umgekehrt den Schluss ziehen zu wollen, dass ein durchaus zweckmässiges Verhalten bei Ulcus molle, bestehend in absoluter Ruhe, das Entstehen eines Bubo verhindern könnte.

Während wir sahen, dass bei der Erkrankung der Leistendrüsen nach syphilitischer Primäraffektion die Erkrankung wenige Tage nach Erscheinen des Primäraffektes auftritt, ist hier gerade das Gegenteil zu bemerken. Vor Ablauf der zweiten Woche nach dem Auftreten des Ulcus pflegt sich die Leistendrüsenentzündung nicht zu zeigen, gewöhnlich ist sie erst später zu bemerken. Es ist besonders bemerkenswert, dass hierbei das Stadium, in welchem sich der Schanker befindet, gar keine Rolle spielt. Wir sehen Bubonen entstehen in Fällen, wo der Schanker noch ganz unbedeutend ist, in Fällen, wo er auf seiner Höhe steht, wo der ganze Geschwürsboden dick mit Eiter belegt ist, in Fällen, wo der Schanker sich schon zurückbildet, ja sogar in Fällen, wo der Schanker schon eine ganze Weile vernarbt ist. Grösse und Bedeutung des Ulcus steht oft zu der des sich bildenden Bubo in absolut keinem Verhältnis. Die Erkrankung beginnt auch hier zunächst mit Anschwellung einer Drüse, die sich aber bald auf die ganze Drüsengruppe, oftmals auch auf diejenigen, welche mit der ersteren Gruppe durch Anastomosen in Verbindung stehen, fortsetzt. Die Affektion ist von Anfang an schmerzhaft, wenn auch nicht in hohem Masse. Zunächst ist die erkrankte Drüse frei gegen ihre Unterlage, frei gegen ihre Bedeckung verschieblich. Nach wenigen Tagen nehmen die Schmerzen zu. Patient kann nur mit einer gewissen Anstrengung gehen, er verspürt ein Ziehen in der erkrankten Leiste, die ihn veranlasst, sich vornüber zu beugen. Die Drüse wächst fort und wird nun allmählich an ihrer Unterlage sowohl, wie gegen die Haut angelötet; bevor die absolute Verlötung der Drüse statthat, fühlt man die Unterlage hart und geschwollen. Es beruht dieses darauf, dass jetzt

das periglanduläre Bindegewebe mit afficiert wird. Die fortdauernde Schwellung der Drüse, die Entzündung des umgebenden Bindegewebes, endlich häufig um diese Zeit auftretendes Ödem spannt allmählich die Haut über der erkrankten Stelle an. Sodann erweicht der Drüseninhalt, schmilzt, nimmt dabei beständig zu.

Endlich vermag die ad maximum ausgedehnte, stark verdünnte Drüsenkapsel dem wachsenden Druck nicht mehr Widerstand zu leisten, sie platzt, der Inhalt der Drüse ergiesst sich in das umgebende Gewebe. Nun nehmen die Schmerzen bedeutend zu, werden stechend und klopfend, die Haut wird immer praller, rötet sich. Es bildet sich nach und nach auf der ganzen Ausdehnung der Geschwulst Fluktuation, und endlich durchbricht der Eiter an mehreren Stellen die Hautdecke. Die Geschwürsränder sind zerrissen zackig, missfarben, der Geschwürsgrund ist mit einer missfarbenen Jauche bedeckt, bei Einführung einer Sonde kommt man in eine Höhle, in der man noch Balken fühlt, Reste des Bindegewebes, zuweilen auch noch in kleinere Säcke, welche den ihres Inhalts entledigten, zum Teil erhaltenen Drüsenkapseln entsprechen. Die Wundfläche verfärbt sich sodann, die Wundränder werden missfarben, es bildet sich ein diphterischer Belag auf denselben, es kommt zur Diphterie, Brand, Nekrose; sehr selten tritt Reinigung des Geschwürsgrundes und Vernarbung ein. Die vorhergehende Schilderung entspricht dem Verlauf eines Bubo ex ulcere, dem nicht ärztliche Hilfe angedeiht. Wir wollen jedoch gleich bemerken, dass selbst ärztliche Kunst in der Regel den Eintritt der Suppuration bei dieser Art von Bubonen nicht zu verhindern vermag; der spätere Heilungsverlauf gestaltet sich natürlich, wie wir sehen werden, unter Kunsthilfe weit günstiger, wie der der Natur überlassene.

Wir kommen jetzt wieder zur Besprechung eines Punktes, um den noch immer viel gestritten wird, zu dessen Aufklärung viele, viele Versuche gemacht wurden und noch immer gemacht werden, aber bis jetzt ohne ein definitives Resultat; dieser Punkt betrifft die Virulenz des Bubo nach weichem Schanker. Wie wir aus unserer Schilderung dieser Bubonenart sahen, pflegen dieselben in der Regel einen bösartigen Verlauf zu nehmen, der

zur Suppuration, sodann sogar zum schankrösen Zerfall der Wundränder und zur Diphterie und Nekrose derselben führen kann, währenddem wir sahen, dass die auf anderen ätiologischen Momenten beruhenden Bubonen überhaupt selten zur Eiterung kommen, dass sie aber, selbst wenn es dazu kommt, einen relativ günstigen Verlauf zu nehmen pflegen. Es wird uns dadurch schon die Annahme nahe gelegt, dass es sich hier um eine besondere Infektion der Drüsen handelt. Schon Hunter, von dieser Annahme geleitet, machte mit dem Eiter solcher Bubonen Impfversuche und fand, dass derselbe Pusteln erzeugte, die dem charakteristischen weichen Schanker entsprachen und sich weiter impfen liessen. Mit dem Eitersekrete weicher Schanker waren diese Versuche schon lange gemacht. Ricord forschte dann in diesem Gebiete weiter und veröffentlichte sodann die Resultate von 572 Impfungen mit Buboneneiter.

Unter 74 Fällen, die er ausführlich schildert, hatte er 30 positive Resultate, d. h. es gelang ihm, in diesen 30 Fällen aus dem Buboneneiter Schankerpusteln zu erzeugen, die sich wieder weiter verimpfen liessen. Nach Ricords Ansicht stammt der überimpfbare Eiter stets aus der Drüse selbst und nie aus dem Bindegewebe. Die Thatsache, dass nun die Impfversuche mit diesem Buboneneiter zum Teil positiv, zum Teil negativ ausfielen, führte Ricord und mit und nach ihm noch viele Autoren zu der Ansicht, dass es zwei Arten von Bubonen nach weichem Schanker gäbe, nämlich virulente und nichtvirulente. Für diese Thatsache liess sich keine genügende Erklärung finden, ein weicher Schanker wie der andere lässt sich weiter verimpfen, warum nicht auch ein jeder Bubo in Folge eines Ulcus molle?

Insofern hat die Ansicht von Strauss, die er in seiner Arbeit „Über die Virulenz des Bubo, welcher den weichen Schanker begleitet“ äussert, viel für sich. Strauss hatte nämlich bei 42 Inokulationsversuchen, welche er mit dem Eiter solcher Bubonen machte, kein einziges Mal ein positives Resultat, während Kontrollimpfungen mit dem Eiter der betreffenden weichen Schanker immer positiv ausfielen. Er machte die Impfversuche auf genau dieselbe Weise wie andere Forscher; auch entnahm er sowohl aus der Höhe, wie aus der

Tiefe des Bubo den Eiter, da von den einen behauptet wurde, der inokulierbare Eiter befinde sich nur auf dem Grunde der Höhle, während andere dieses leugneten. Auch gelang es Strauss nicht, durch alle verschiedenen Färbemethoden einen Mikroorganismus in dem in Frage kommenden Eiter nachzuweisen; ebenso misslangen Kulturen auf festem und flüssigem Boden. Auf diese Punkte werden wir noch später Gelegenheit haben zurückzukommen.

Der negative Ausfall dieser Versuche, sowie auch die Thatsache, dass er niemals einen Bubo mehrere Tage nach Spaltung schankrös werden sah, wenn er ihn mit einem Kalmierverband bedeckte, brachte ihn zu der Annahme, dass positive Impfversuche von anderen Autoren, sowie das Schankröswerden von eröffneten Bubonen auf Verunreinigen von dem weichen Schanker her beruhten und zu folgendem Schlusse:

„Die anatomische Untersuchung des Eiters und der Wandung des den weichen Schanker begleitenden Bubo, die Resultate der Kulturen und der Experimente zusammengenommen nöthigen zu dem Schlusse, dass es nicht zwei verschiedene Gattungen von Bubonen giebt, welche den weichen Schanker begleiten, sondern dass es nur eine Art von Bubo in Folge von weichem Schanker giebt. Dieser ist niemals virulent, sondern er wird nur nach seiner Eröffnung virulent und schankrös durch sekundäre Impfung vom ursprünglichen oder einem anderen Schankergeschwür her.“

Gegen diesen Standpunkt wendet sich Horteloup in seiner Arbeit „Über die Virulenz der Bubonen“ und bemerkt allerdings sehr treffend, es sei dann schwer zu verstehen, auf welche Weise denn bei solchen Individuen schankröse Bubonen entständen, deren Schanker schon lange vernarbt war, bevor man zu einer Eröffnung des Bubo schritt. Wenn man der Ansicht von Strauss folgte, so müsse man annehmen, dass in solchen Fällen der Bubo von dem noch offenen Schanker anderer Patienten her inficirt werde, und es sei dann wunderbar, dass der schankröse Bubo nicht häufiger vorkomme. Horteloup glaubt, Strauss habe eine Reihe von günstigen Fällen getroffen und übereilt den Schankerbubo geleugnet.

Auch Diday ist der Meinung, dass der schankröse

Charakter eines Bubo nicht erst bei oder nach Eröffnung desselben hinzutrete, sondern dass er schon vorher in demselben vorhanden sei.

Es würde uns zu weit führen, wollten wir die Urteile der verschiedenen Forscher hier wiedergeben; die angeführten genügen, um uns zu zeigen, dass wir es hier mit einer noch ungelösten Frage zu thun haben.

Erwähnen wollen wir noch, dass in den letzten Jahren die Bakteriologie sich gleichfalls eifrig um die Lösung der Frage nach der Virulenz der Schankerbubonen bemüht hat, allein ebenfalls vergebens; alle Versuche, ein Bakterium im Buboneneiter nachzuweisen, misslangen bisher.

Wie an allen Teilen des Körpers, so können auch in der Leistenbeuge entzündliche Schwellungen hervorgerufen werden durch Allgemeinerkrankungen mit nachfolgender Dyskrasie, wie durch Skrophulose, Tuberkulose, Leukämie. Die Entzündungserscheinungen bei Drüsenschwellungen, welche auf dieser Ätiologie beruhen, pflegen nicht bedeutend zu sein; der Ausgang der Erkrankung besteht meist in Verkäsung der Drüsen, zuweilen auch in Verkalkung. Kommt es aber einmal zur Vereiterung, was allerdings sehr selten ist, so bildet das Geschwür fistulöse Gänge, frisst in die Tiefe; wird der Bubo geöffnet, zeigen die Wundränder eine grosse Neigung zur Diphtherie, welch letzteren Umstände auf die allgemeine Kachexie der erkrankten Individuen zu setzen sind. Unter diese Klasse würden auch diejenigen syphilitischen Drüsenschwellungen gehören, welche nach gewissen Autoren nicht Folge des Primäraffekts, sondern bereits Ausdruck der Allgemeininfektion sind.

Endlich können noch Bubonen entstehen durch Lokalerkrankungen, welche näher oder entfernter von den Leistendrüsen ihren Sitz haben, aber mit diesen durch Lymphgefässe in Verbindung stehen. So z. B. in Folge von durch Morpionen oder Skabies in der Genitalsphäre hervorgerufene Pusteln. Sehr bedeutsam für die Entstehung von Bubonen können ferner Entzündungen, Furunkel oder Karbunkel werden, welche am Sitzfleisch, Ober-, Unterschenkel, ja sogar am Fuss ihren Sitz haben, wo die causa nocens eine grosse Strecke durchwanderte ohne Schaden anzurichten und dann an

einem entfernt gelegenen Punkte plötzlich eine Attaque ausführte. Dass die Leistendrüsen besonders leicht erkranken, hat jedoch wohl darin eine sehr verständliche Begründung, dass durch das Gehen die genannte Gegend besonders leicht in einen Reizungszustand gebracht werden kann, gewissermassen für eine Irritation prädisponiert ist.

Wenn wir uns auch nicht mit Aufzählung von alten Wundermitteln, die man gegen die Bubonen anwandte, aufhalten wollen, wie z. B. ein solches von Sextus Placitus Papyriensis in folgender Form verordnet wird: „Cervi pudenda si tecum habueris inguina tibi non tumebunt, et si tumor antiquus fuerit velociter recedet", so sei es mir doch gestattet, die im Laufe der Entwickelung der Bubonentherapie bedeutsamsten Behandlungsmethoden, wenn auch nur kurz, durchzugehen. Wir sehen hier bedeutende Schwankungen und Abwechselungen in der Schätzung gewisser Massnahmen. Bis zum XV. Jahrhundert etwa wurde von den Ärzten Zerteiluug der Bubonen angestrebt; von da ab bis etwa zur Mitte des XVIII. Jahrhunderts waren die Ärzte grade der entgegengesetzten Ansicht; sie sahen den günstigen Verlauf eines Bubo in der Vereiterung desselben, und begünstigten daher diesen Process auf alle möglichen Weisen. Sie gingen dabei von der Ansicht aus, dass die Vereiterung und Entleerung des Bubo den Körper von dem Lustseuchenstoffe entledige und dass ein Verbleiben des Eiters in demselben die Allgemeininfektion bewirke. Von der zweiten Hälfte des XVIII. Jahrhunderts an teilten sich sodann die Ansichten. Die einen kehrten bei der Behandlung der Bubonen zu denjenigen Massnahmen zurück, welche die Zerteilung des Bubo bezweckten, so Hunter, Vossius und andere, welche durch die verschiedensten äusseren und inneren Mittel der Vereiterung entgegenarbeiteten, während andere immer noch annahmen, die Vereiterung des Bubo sei das Günstigere, da auf diese Weise das syphilitische Gift aus dem Körper entfernt und so eine sekundäre Allgemeininfektion wohl verhindert werden könnte.

Anfang des XIX. Jahrhunderts herrschte wieder die Zerteilungstheorie bedeutend vor, besonders war Ricord für diese Theorie bahnbrechend und ihm schlossen sich

die bedeutendsten Syphilidologen an. Um diese Zeit folgte Schlag auf Schlag die Empfehlung neuer Mittel, welche abortiv wirken sollten; schon dieses stete Forschen nach neuen Mitteln, sowie die Thatsache, dass schon viele Ärzte die chirurgische Behandlung der Bubonen unter den damals noch nicht günstigen chirurgischen Verhältnissen ausübten und der auf Zerteilung gerichteten weit vorzogen, beweist uns, dass alle diese versuchten Mittel doch nicht ihrem Zweck entsprachen. So sucht man bis auf den heutigen Tag nach Abortivmitteln, es wird auch dann und wann eine Stimme vernehmbar, welche ein neues Mittel gefunden zu haben glaubt, es anpreist, das Mittel wird versucht und dann stillschweigend wieder bei Seite gelegt; es giebt eben kein Mittel bis jetzt, welches wirklich absolut abortiv wirkt.

Unter diesen verschiedenen, die Zerteilung anstrebenden Methoden dürfte zunächst die Behandlung mit essigsaurer Thonerde zu nennen sein, welche Goulard in die Therapie einführte und zwar in Form von Fomenten und Kataplasmen. Ich nenne dieses Mittel zuerst, da es sich bis auf den heutigen Tag ein gewisses Ansehen erhalten hat und eventuell nicht ganz nutzlos ist.

Malpert ist es, der zuerst die Behandlung der Bubonen mit Vesikantien empfahl. Diese Behandlungsmethode dominierte eine Zeit lang. So schlug Reynaud in Toulon vor, Vesikatore in allen Fällen auf Bubonen zu legen, ohne Rücksicht auf Art und Zeitdauer derselben. Man legte die Vesikatore auf den Bubo und verband tags darauf mit in Ätzsublimat getauchter Charpie. Hierdurch sollte der Eiter resorbiert werden und die Haut an der Oberfläche des Vesikators eine Art von eitriger Transpiration zeigen. Vertreter dieser Behandlungsmethode sind Ricord, Cullerier, Velpeau, Vidal und Lepelletier. Die letzten beiden modificierten allerdings schon die Anwendung der Vesikatore, indem Vidal dieselben nur da anzuwenden für zweckmässig hält, wo noch keine Vereiterung im Gange ist, und nur bei einseitigem Bubo. Er hat bei Behandlung beiderseitiger Bubonen mit Vesikatoren beobachtet, dass dieselben zwar verschwinden, aber sodann eine Metastase auf dem Hoden-

sack stattfand, der sich entzündete und oft vom Brand ergriffen wurde. Lepelletier hält die Vesikatore überhaupt nur für indolente Bubonen geeignet.

Eine weitere Massnahme, welche die Zerteilung der Bubonen bestrebt, ist der konstante Druck, zuerst empfohlen und angewandt von Fricke.

Prof. Hecker empfiehlt gleichfalls diese Methode sehr warm; er taucht die zum Druck bestimmten Kompressen in resolvierende und adstringierende Flüssigkeiten. Auch Ricord, Hamilton und Fergusson sind Anhänger dieser Therapie. Letzterer will sogar seit Einführung derselben in das Militairhospital zu Plymouth daselbst keinen offenen Bubo mehr gesehen haben. Ricord legte auf die syphilitischen Boubonen ausserdem noch ein Blasenpflaster.

Das Jod spielt in der Behandlung der Bubonen schon sehr lange eine grosse Rolle, indem man es in den verschiedensten Präparaten, äusserlich und innerlich anwandte, besonders zur Behandlung venerischer Bubonen. Tinct. jodi, von Lallemand zur Bepinselung eingeführt, dürfte noch heutigen Tages von sehr vielen praktischen Ärzten zur Behandlung von Leistendrüsenerkrankungen herbeigezogen werden. Später wurde auch Jodoformcollodium angewandt und darüber eine compresse échauffante gedeckt. Merkwürdig berührt uns die innere Anwendung des Jod. Amédée Moure schreibt: Man scheint gegen die Bubonen eine sehr günstige Wirkung von der innerlichen Anwendung des Jod zu erhalten. Philippe giebt es zu 25 g pro dosi (!).

Unguentum cinereum zur Zerteilung der Bubonen anzuwenden, ist so alt als diese Salbe selbst und wird wohl kaum jemals ganz aus der Therapie verschwinden, obschon die Wirkung in den meisten Fällen sehr fraglich ist.

Bei der Mangelhaftigkeit aller dieser die Zerteilung anstrebenden Mittel war schon früh die Aufmerksamkeit der chirurgischen Behandlung zugewandt worden. Allein die Chirurgen des XVI. und XVII., ja selbst noch des XVIII. Jahrhunderts eröffneten nur ungern die Bubonen; schritten sie aber zu der Eröffnung, so geschah dies nur durch sehr kleine Einstiche oder aber durch Kauterien, sei es nun durch eine Ätzpaste oder einen

Ätzstift. Sie hielten den Zutritt der Luft in die Wundhöhle für sehr gefährlich und wollten dieses auf diese Weise verhindern.

Selbst noch im vorigen Jahrhundert wurde nur ungern zur Eröffnung des Bubo durch einen grossen Einschnitt geschritten. Ricord sagt: „Bei kleinen eiternden Bubonen ist nur ein kleiner Einstich notwendig, ist aber der fluktuierende Bubo sehr gross, viel Eiter da, ist die Haut darüber livid, so ist ein grosser Einschnitt durchaus erforderlich". Mit ihm begann man die Radikaloperation etwas häufiger auszuüben. Es darf uns nicht wundern, dass die chirurgischen Eingriffe bei Bubonen so lange Zeit so ungern ausgeführt wurden, denn wir dürfen nicht vergessen, dass die Zufälle, die in Folge von Operationen oftmals auftraten, und auf das Fehlen resp. die ungekannte Anwendung der Antiseptica zurückzuführen sind: Gangrän, Diphtherie der Wunde, das Leben der Pat. in hohem Grade gefährdeten und der Exitus ziemlich häufig vorkam.

Mit der wachsenden Kenntnis der zweckmässigen Anwendung der Antiseptica hielt natürlich auch die Zunahme der günstigen Prognose bei operativer Behandlung Schritt.

Als epochemachenden Moment und entschiedenen Sieg der chirurgischen Behandlung müssen wir den Zeitpunkt ansprechen, wo das Jodoform bei der Wundbehandlung der Bubonen zur Verwendung gelangte; von Profeta wurde zuerst auf die Verwendbarkeit desselben bei Bubonenbehandlung aufmerksam gemacht, nachdem er in zwei hartnäckigen Fällen von phagedänischer Ulceration bei venerischen Bubonen unter Jodoformbehandlung Vernarbung in 29 Tagen erzielt hatte. Der erste aber, der die methodische Jodoformbehandlung überhaupt und im besonderen bei geöffneten Bubonen anwandte, war Prof. Pick in Prag. Seither ist Jodoform von fast sämtlichen Autoren sozusagen als ein Specifikum zur Wundbehandlung der Bubonen acceptiert worden.

Erwähnen möchte ich noch eine Behandlungsweise der Bubonen, welche halb innerlich, halb chirurgisch zu nennen ist. Ich meine die Methode der Punktion der Bubonen mit darauffolgender medikamentöser Injek-

tion. Diese Methode wurde von Roux eingeführt und hat bis auf den heutigen Tag ihre Anhänger.

Roux ging folgendermassen zu Werke: Sobald die Spur einer Erweichung in einer Drüse eintrat, stiess er die Spitze eines Bistouri bis in den Grund der Drüse und entleerte den Eiter durch Druck. Diese Entleerung wurde möglichst gründlich ausgeführt. Dieser Punktion folgte dann eine Jod- resp. Jodkaliuminjektion. Roux wandte zur Injektion an: Tinct. jod., Sol. argent. (1 : 60) oder Sublimat (1 : 1000); manchmal sah er auf diese Weise Heilung ohne Eiterung eintreten, manchmal war aber auch die Punktion mit nachfolgender Injektion 2, selbst 3 Mal nötig.

Diese Behandlungsweise erfuhr von vielen Autoren die mannigfachsten Modifikationen. Boeck injiciert nach der Punktion Karbollösung (3 Mal täglich) und macht dann Bleiwasserumschläge. Wertheim wählt zu der Injektion Kampheremulsion, Kupfervitriol, Kreosotlösungen.

Unter diese Rubrik gehört auch die vor zwei Jahren durch Dr. Ed. Welander in seiner Schrift: „Versuche einer Abortivbehandlung“ empfohlene Behandlungsmethode. Er injicierte, ohne vorher zu punktieren, allerdings auch so früh als möglich, Benzoate de mercure in einer 1 % Lösung mit einem Zusatz von 0,5 % Chlornatrium, und zwar machte er nach sorgfältigster Reinigung der betr. Stelle eine oder öfters mehrere Injektionen von je ½ Pravazschen Spritze. Nach der Injektion wurde sofort ein mit Sublimatlösung getränkter Wattebausch und Druckverband appliciert (2—3 Mal Wechsel pro Tag).

Welander beobachtete in den ersten Stunden nach der Injektion gesteigerte Schmerzhaftigkeit an den folgenden Tagen Nachlassen der Schmerzen, Verkleinerung des Infiltrats, oftmals mit deutlicher, nicht unbedeutender Fluktuation, und endlich Verschwinden der Geschwulst bis auf ein ganz minimales Infiltrat, welches die Pat. absolut nicht belästigte. Er hatte in 91 % günstigen Erfolg.

Hüfler empfiehlt ein neues Hg-Präparat zur Injektion, nämlich salzsaures Glutinpeptonsublimat von Dr. Paal und will damit sehr günstige Erfolge gesehen

haben. Allein beide Präparate sind nach eigener Angabe gegen virulente Bubonen absolut nutzlos.

Doch es würde uns zu weit führen, wollten wir alle Behandlungsmethoden besprechen und begnügen wir uns mit den aufgezählten.

Welche Behandlungsweise ist nun diejenige, welche zu empfehlen ist, welche ist die zweckmässigste, die am sichersten und besten zum Ziele führt? Diese Frage ist wohl nicht mit der Nennung einer Behandlungsmethode zu beantworten, sondern man muss wohl sagen, die Behandlung eines Bubo ist abhängig von der Art und der Ätiologie desselben.

Was zunächst die Behandlung mit Injektionen anlangt, sei es nun mit diesen oder jenen Medikamenten, wie sie z. B. von Welander empfohlen wird, so dürfte dieselbe kaum empfehlenswert sein, denn zunächst sind die günstigen Erfolge, die Welander angiebt, durch Versuche von anderer Seite überhaupt nicht oder doch nur in sehr geringem Grade bestätigt worden, auch wird die Heilung oft auf lange Zeit dadurch verschleppt, und endlich ist man doch zu operativen Eingriffen gezwungen.

Dass man von Anfang an dem Primärleiden unter allen Umständen die grösste Sorgfalt angedeihen lässt, ist selbstverständlich, denn mit dem Verschwinden desselben können sehr wohl die Symptome von seiten der Drüsen auch schwinden. Zu den stets zuerst anzuwendenden Massnahmen, wenn es sich um Behandlung eines noch nicht erheblichen, jungen Bubo handelt, gehört die absolute Ruhe des Pat. und die Verwendung von Antiphlogisticis; empfehlenswert ist auch der Versuch der Kompression mittels Schrotbeutels oder Bleiplatten, wie sie zuweilen in ganz frischen Fällen auf der Klinik des Herrn Geheimrat v. Bardeleben, woher die sämtlichen folgenden Beobachtungen stammen, ausgeübt wird. Wir sehen unter dieser Behandlungsmethode oftmals frisch entstandene Bubonen, namentlich solche, welche in Folge direkter Insulte gegen die Leistengegend entstanden sind, zurückgehen. Wir sehen also, dass diese Massnahmen durchaus zweckmässig zu versuchen sind. Der erfahrene Arzt wird schnell genug sehen, ob diese Massnahmen voraussichtlich zum Ziele führen oder nicht.

Ein unnötig langes Forcieren dieser Kompressionsmethode würde allerdings von grossem Übel sein. Für unzweckmässig halte ich diese Behandlung bei Bubonen nach weichem Schanker, da man diese nicht damit coupieren wird, sondern die Reizung derselben durch den Druck noch steigern wird. v. Zeissl äussert sich in seinem Lehrbuch über Syphilis in Bezug auf die abortive Behandlung folgendermassen: „Die Verhütung oder Sistierung der Vereiterung der Resorptionsbubonen, welche durch weichen Schanker bedingt sind, wird uns höchst selten gelingen". Auch Auspitz und andere Autoren lehnen den Abortivversuch bei solchen Bubonen entschieden ab.

Indolente Bubonen werden, so lange sie nicht vereitern, keiner besonderen Behandlung bedürfen und unter der allgemeinen Quecksilberbehandlung zurückgehen. Gehen sie in Vereiterung über, so werden dieselben nach denselben Massnahmen behandelt werden müssen, welche jeder vereiternde oder vereiterte Bubo erfordert, nämlich operativ.

Die operative Behandlung der Bubonen ist natürlich nach dem Stadium, in welchem der Bubo zur Operation kommt, eine verschiedene; wir können zwei operative Hauptarten unterscheiden, nämlich die Incision und die Radikaloperation. Das Bestreben bei operativen Eingriffen muss ja nun allerdings sowohl auf die möglichst gründliche Entfernung alles Erkrankten, als auch auf die möglichste Schonung des Pat. gerichtet sein; man soll gewiss Rücksicht darauf nehmen, dem Pat. nicht unnötigerweise grössere Schnitte beizubringen, welche später hässliche und unangenehme Narben hinterlassen, als unbedingt notwendig; trotzdem möchte ich der Radikaloperation, wie diese auf der Abteilung des Herrn Geheimrat v. Bardeleben ausgeführt wird, den unbedingten Vorzug geben. Kommt ein völlig vereiterter Bubo in unsere Behandlung, so werden wir ja meistenteils damit zum Ziele kommen, dass wir nach gründlichster Desinfektion der betreffenden Stelle eine Incision machen, den Eiter durch sanften Druck entleeren, falls es nötig erscheint, mit dem scharfen Löffel die Wände der Höhle abschaben, sodann eine desinficierende Ausspülung mit einer Sublimat- oder Lysollösung oder eine Jodoformäther-

injektion folgen lassen und den Bubo dann mit einem leichten Druckverband schliessen. Wenn nun einige Autoren empfehlen, in allen Fällen nicht eher zu operieren, sondern erst den Zeitpunkt abzuwarten, wo der vollständige eitrige Zerfall der Geschwulst die Heilung durch blosse Incision ermöglicht, wo der operative Eingriff also nur ein solcher ist, welcher der Natur zur Hülfe kommt, und als Grund und Zweck für diese Methode angeben, den Pat. vor entstellenden grossen Narben bewahren zu wollen, so muss ich diese Therapie als eine durchaus unzweckmässige, ja als eine den Pat. direkt schädigende bezeichnen. Bedenken wir nur, wie lange es unter Umständen dauert, bis die Drüsenmasse absolut vereitert ist, welche Schmerzen der Pat. in der Zeit ausstehen muss, in wie grosser Ausdehnung dabei die Haut brandig werden kann, wie sehr diese Lokalaffektion das ganze Allgemeinbefinden des Pat. schädigt, so werden wir zu der Überzeugung gelangen, dass wir dem Pat. mehr damit dienen, wenn wir ihn mit einer Narbe in kurzer Zeit herstellen, als ohne Narbe ihn erst in seinem Allgemeinbefinden herabkommen lassen, sodass er noch lange nach Ablauf seiner Lokalerkrankung die Folgen derselben verspürt. Der Zeitpunkt für die Operation lässt sich allerdings nicht immer ganz leicht bestimmen. Kommt ein Bubo mit Fluktuation, sei es nun von grösserer oder kleinerer Dimension, in unsere Behandlung, so ist die Wahl des Moments für diese bestimmt präcisiert, wir werden unverzüglich zur Operation schreiten. Anders bei solchen Bubonen, welche, ohne dass bereits Fluktuation eingetreten wäre, in unsere Behandlung kommen. Hier ist die Beobachtung des Bubo für einige Zeit entschieden angebracht. Bei solchen, welche in Folge weichen Schankers entstehen, ist eine Beobachtung des Verlaufes gewissermassen überflüssig, da die Erfahrung lehrt, dass dieselben doch früher oder später zur Vereiterung kommen. Bei den auf anderen ätiologischen Momenten beruhenden Bubonen werden wir uns etwas exspektativ verhalten, dieselben zunächst mit Kompression und Antiphlogisticis behandeln, falls wir jedoch ein beständiges Fortschreiten des Processes beobachten, nicht erst Fluktuation abwarten, sondern unverzüglich zur Operation schreiten; denn es ist beobachtet

worden, dass in den Fällen, wo bereits Fluktuation vorhanden, also das periglanduläre Bindegewebe bereits mitafficiert, die Prognose der operativen Behandlung entschieden ungünstiger ist, als in solchen, wo der Process noch nicht mit Periadenitis vergesellschaftet ist. Nach A. Köhlers Ansicht (s. die Berichte über die v. Bardelebensche Klinik in den Charité-Annalen) müssen die Entzündungserreger in solchen Fällen auch bereits in die makroskopisch noch gesund erscheinenden Gewebe der nächsten Umgebung eingedrungen sein, namentlich in die Haut, die nur selten intakt und für eine prima intentio geeignet geblieben sei, sodass es zuweilen ganz unmöglich sei, alles Kranke vollständig zu entfernen. Die Ursache der Periadenitis ist nach Ansicht des genannten Autors dadurch von Einfluss auf die Heilung nach der Exstirpation, dass von ihr eine grössere oder geringere Neigung zum Zerfall abzuhängen scheint. Dass allerdings noch besondere Gründe für die relativ ungünstige Prognose der Heilung von Inguinalaffektionen, besonders der Heilung per primam vorhanden sind, darüber dürfte kein Zweifel sein, denn wir sehen, dass wir bei Exstirpation von Drüsenpaketen in der Halsgegend, wo es sich zugleich um Periadenitis handelt, nach Ausräumung und Sublimatausspülung mit ev. darauffolgender Sekundärnaht, fast immer Heilung per primam erzielen.

Was das Vorgehen bei der Radikaloperation anlangt, so wird dieselbe auf der hiesigen chirurgischen Abteilung der Königl. Charité folgendermassen ausgeführt. In Chloroformnarkose wird zunächst die Inguinalgegend von den bedeckenden Haaren befreit, sodann die genannte Gegend sowie ihr Umkreis, also die untere Bauchgegend, Oberschenkel, Genitalien gründlichst abgeseift und mit Sublimatlösung und Äther ausgiebig desinficiert. Sodann wird ein Schnitt entsprechend der Längsaxe der Geschwulst geführt, welcher ja meistenteils dem Lig. Poupartii parallel läuft, und von dessen Mitte aus sehr häufig ein vertikaler Schnitt nach unten geführt wird, sodass eine Art von schrägem T-Schnitt entsteht, dieser zweite Schnitt ist geradezu notwendig, sobald auch die Drüsen an der Einmündungsstelle der V. saphena erkrankt sind, und alle, nicht nur etwa die vereiternden, sondern auch die indurierten, geschwollenen Drüsen

mittels des Fingers, im Notfalle mit dem Messer, herauspräpariert. Ist etwa eine oder mehrere Drüsen schon zerfallen und das umgebende Gewebe verdächtig mit Granulationen bedeckt, dann wird mit Volkmanns scharfem Löffel gründlichst ausgeschabt und die überhängenden Hauträuder mit der Cooperschen Schere abgetragen. Sodann wird die Wunde gründlich ausgespült. Das weitere Vorgehen kann nun entweder in einer primären Vereinigung der Wundränder, oder in der Jodoformgazetamponade, oder in einer Kombination beider Anwendungen bestehen; die Erfolge pflegen, wenn die Fälle richtig ausgesucht werden, dieselben zu sein. War die Haut mit der obersten Drüsenlage verwachsen, verdünnt oder gar bläulich verfärbt, dann kann man von vornherein auf die Heilung per primam verzichten und die Wunde einfach austamponieren. War dagegen die Haut gesund, die Drüsen wenig verwachsen, nur in ihrem Innern mit kleinen Eiterherden durchsetzt, dann kann man nähen bis auf den unteren Winkel, aus welchem ein Tampon oder ein Gummirohr herausgeleitet wird. Nur in verhältnismässig seltenen Fällen kann man mit Erfolg nach der Exstirpation von Bubonen den vollständigen primären Wundverschluss anwenden.

Bei der Naht hat man die Aufmerksamkeit darauf zu richten, durch tief gelegte Nähte eine Entspannung der Wundränder herbeizuführen, wodurch man ein genaues Aneinanderlegen derselben erzielen und die Gefahr des Durchschneidens der Fäden der oberflächlichen Naht vermeiden wird. Über der Jodoform- und Billroth-Gaze kommt der Moospappe-Verband zur Anwendung. Der grosse Vorzug des Moospappe-Verbandes besteht darin, dass nach Eintrocknen der Platten dieselben eine sehr gründliche Fixation des Hüftgelenkes bewirken, sodass eine Verschiebung oder Zerrung der Wundränder fast ausgeschlossen ist — abgesehen von der anhaltenden kräftigen Aufsaugungsfähigkeit dieses Materials, welches deshalb besonders für die Nachbehandlung bei Bubonen ausgezeichnete Dienste leistet.

In einer grossen Zahl von Fällen wurde in späteren Stadien, wenn granulierende Wundflächen vorhanden waren, mit Ichthyol verbunden. Zuweilen schienen darunter die Granulationen frischer zu werden; da aber

für diese Stadien eine ganze Reihe von günstig wirkenden Verbandmitteln existiert, ist das post hoc ergo propter hoc nicht dabei auszuschliessen. Die Häufigkeit des Verbandwechsels richtet sich nach der Stärke der Sekretion und schwankt zwischen 5 und 8 Tage. Bei jedem Verbandwechsel wird eine gründliche Desinfektion der Wundhöhle durch Ausspülen mit einer Sublimatlösung vorgenommen.

Zum Schlusse erlaube ich mir eine kurze Statistik über die vom Jahre 1885 bis 1891 inklusive auf der Abteilung des Herrn Geheimrat von Bardeleben zur Behandlung gekommenen Fälle anzuführen, wobei ich darauf aufmerksam mache, dass ausser auf dieser Abteilung auf der syphiiitischen Abteilung d. kgl. Charité eine vielleicht noch grössere Anzahl von Fällen zu finden ist. Es wurden in den bezeichneten 7 Jahren 431 Fälle behandelt, wovon 346 Männer, 78 Weiber, 7 Kinder betrafen. Was die Entstehungsursache anlangt, so ist diese in nicht weniger als 168 (!!) Fällen unbekannt, die Patienten gaben an, nicht zu wissen, woher die Erkrankung stamme, eine Ursache konnte trotz sorgfältigster Untersuchung nicht entdeckt werden. Wenn wir auch annehmen können, dass wirklich einem Teil der Patienten die veranlassende Ursache entgangen ist, so können wir doch bei einer so hohen Zahl nur annehmen, dass uns der grösste Teil falsch berichtet hat, und sehen, wie sehr misstrauisch der Arzt in solchen Fällen bezüglich der anamnestischen Angaben der Patienten sein muss. Anhänger des Bubon d'emblée würden in dieser Zahl eine Bestätigung für die Existenz dieser Art von Bubonen suchen.

Gonorrhoe, Fluor, Ulcera waren in 142 Fällen die Ursachen der Erkrankung, in 31 Fällen war direkte Verletzung der Leistengegend, darunter mehrere mit schlecht sitzenden Bruchbändern, 34 Mal Verletzungen des Unterschenkels und des Fusses der Ausgangspunkt für den Bubo, Anstrengung wurde 41 Mal, Erkältung 3 Mal für die Ursache angeschuldigt. 4 Fälle waren tuberkulöser Natur, 2 Fälle nach Typhus, 1 nach Ekzema sordidum, 1 nach Scabies, 1 nach Coxitis, 1 nach Bartholinitis, endlich 2 nach Rheumatismus (?) entstanden. In Bezug auf Behandlung verhielten sich die 431 Fälle folgender-

massen: In 5 Fällen trat Spontanheilung ein, es handelte sich hier um solche Bubonen, die, in Folge peripherer Entzündungen resp. Abscesse entstanden, nach Ausheilung der peripheren Ursache zurückgingen.

8 Patienten mussten ungeheilt entlassen werden, da sie die nötig befundene Operation verweigerten; 4 Mal fand Spontandurchbruch des Eiters statt.

Durch Kompression und antiphlogistische Behandlung gingen nur 29 Leistendrüsengeschwülste zurück, diese so zur Heilung kommenden Fälle betrafen aber fast immer nur solche Bubonen, die in Folge von direkter Verletzung oder von übermässiger Anstrengung entstanden waren. 395 Male wurde zur Operation geschritten, und zwar reichte 101 Mal die Incision mit ev. nachfolgender Auskratzung mit dem scharfen Löffel aus, während 294 Mal Exstirpation der Drüsen nötig war. In 26 Fällen wurde Heilung per primam intentionem, in 58 fast per primam intentionem erzielt.

Die Zeitdauer der Heilung schwankte, zwischen 3 und 10 Wochen; es beanspruchten allerdings mehrere Fälle auch eine noch längere Heilungsdauer, es handelte sich dann aber entweder um kachektische, schlecht genährte Individuen, oder um solche, wo der Process ein schon alter, wo ungenügend operiert (meist nur incidiert) war und sich tiefe Fistelgänge gebildet hatten, oder um solche Fälle endlich, wo die arg mitafficierte und in grösserer Ausdehnung brandig abgestossene Haut eine schnelle Heilung unmöglich machte.

Auch an dieser Stelle erlaube ich mir, Herrn Geheim. Med.-Rat v. Bardeleben für die gütige Überlassung des Materials und Herrn Oberstabsarzt Prof. Dr. Köhler für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit, sowie für die gütige Unterstützung bei derselben meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Thesen.

I.

Bei Schussverletzungen durch kleinkalibrige Waffen ohne Komplikation ist die Okklusion des Schusskanals die beste Behandlung.

II.

Bei Empyembehandlung ist die Rippenresektion der Heberdrainage stets vorzuziehen.

III.

Bei Blutungen aus dem Uterus nach der Geburt ist die Jodoformgazetamponade das Empfehlenswerteste.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Max Robinson, evangelischer Konfession, Sohn des Rentiers Adolf Robinson, wurde am 14. April 1870 zu Nürnberg geboren. Er besuchte das Gymnasium zu Cleve, wo er am 28. März 1889 das Zeugnis der Reife zum akademischen Studium erlangte. Während des Sommersemesters 1889 und Wintersemesters 1889/90 besuchte er die Universität Würzburg, sodann war er 4 Semester an der Universität Berlin immatrikuliert. Er bestand hier am 18. Februar 1891 die ärztliche Vorprüfung. Während des Sommersemesters 1892 besuchte er die Universität Genf und kehrte zum Wintersemester 1892/93 wieder an die Universität Berlin zurück. Das Tentamen medicum bestand er am 18. Februar 1893, das Examen rigorosum am 24. Februar 1893.

Während seiner Studienzeit besuchte Verfasser die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

In Würzburg: Bonnet, Fischer, v. Kölliker, v. Sachs.

In Genf: Haltenhoff, Martin, H. Oltramare, Veuillet.

In Berlin: v. Bardeleben, Busch, du Bois-Reymond, Fehleisen, A. Fränkel, Gad, Gerhardt, Gluck, Gusserow, Guttmann, Hartmann, Hertwig, v. Hofmann (†), Klemperer, Kossel, Kundt, Liebreich, Moeli, Olshausen, Preyer, R. Virchow, H. Virchow, Waldeyer, Zuelzer.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser seinen verbindlichsten Dank aus.